

Волосатова А.Д., Калиниченко В.Г.

студенты;

Никонова Е.М.

кандидат медицинских наук, доцент,

Луганский государственный медицинский университет

ГИПОГЛИКЕМИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

В основе развития гипогликемического состояния лежит резкое падение содержания сахара в крови, приводящее к снижению утилизации глюкозы клетками мозговой ткани и гипоксии головного мозга. Проявления гипогликемии зависят от степени и скорости падения уровня сахара крови. Обычно гипогликемическое состояние развивается внезапно, среди полного благополучия, при гликемии ниже 2,8 ммоль/л по глюкозооксидазному методу.

Наиболее часто в клинической практике встречаются кетотические гипогликемии (с ацетонурией). Кетотические гипогликемии являются внепанкреатическими и могут быть эндокринно- и неэндокриннозависимыми. Они сопровождаются относительным гиперинсулинизмом, то есть не связанным с патологией инсулярного аппарата поджелудочной железы (вторичный, функциональный, симптоматический гиперинсулинизм). У детей первого года жизни причиной гипогликемий являются врожденные энзимопатии (гликогенозы) [1, с. 1].

Обнаружить гипогликемию можно по клиническим признакам, чаще же сниженный уровень сахара в крови является лабораторной находкой.

Большинство симптомов гипогликемии обусловлено недостаточным снабжением центральной нервной системы глюкозой. При снижении уровня глюкозы до гипогликемии включаются механизмы, направленные на гликогенолиз, глюконеогенез, мобилизацию свободных жирных кислот, кетогенез. В этих процессах участвуют в основном 4 гормона: норадреналин, глюкагон, кортизол, гормон роста. Первая группа симптомов связана с повышением в крови содержания катехоламинов, что вызывает слабость, тремор, тахикардию, потливость, беспокойство, чувство голода, побледнение кожных покровов. Симптомы со стороны центральной нервной системы (ЦНС) включают головную боль, двоение в глазах, нарушение поведения (психическое

возбуждение, агрессивность, негативизм), в дальнейшем наступает потеря сознания, появляются судороги, может развиваться кома с гипорефлексией, поверхностным дыханием, мышечной атонией [1; 2, с. 47-48].

Глубокая кома ведет к необратимым повреждениям ЦНС. Частые приступы гипогликемии приводят к снижению интеллекта у детей.

Отличие симптомов гипогликемии от настоящих неврологических состояний – положительный эффект приема пищи, обилие симптомов, не укладывающихся в клинику.

Наличие выраженных нервно-психических нарушений и недостаточная осведомленность врачей о гипогликемических состояниях часто приводят к наличию диагностических ошибок.

Мы наблюдали 4 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 1,5 лет, поступивших в отделение интенсивной терапии с нарушениями сознания, судорожным синдромом, проявившимися на фоне тяжело протекающей острой респираторной вирусной инфекции и острого гастроэнтероколита.

Динамический контроль уровня глюкозы позволил выявить стойкую гипогликемию в капиллярной и венозной крови (тремякратно в течение суток уровень гликемии колебался в пределах от 1,6 до 3,2 ммоль/л). Клинически гипогликемия проявлялась повышенным аппетитом, вялостью, тахикардией, эпизодами «закатывания» глаз, генерализованными судорожными подергиваниями без нарушения дыхания. В межприступный период самочувствие детей средней тяжести. Гипогликемические состояния купировались внутривенным введением гипертонических растворов глюкозы с последующей инфузией 5-10%-ной глюкозы.

Распознавание данного состояния требует тщательного изучения анамнеза, необходимость исследования показателей углеводного обмена у всех детей раннего возраста с судорожным синдромом, ввиду стертости клинических симптомов гипогликемии у детей грудного и раннего детского возраста, для исключения диагностических ошибок.

Список использованных источников:

1. Столярова С. А., Дубовая Т. Н., Гарипов Р. Г., Мальмберг С. А., Широкова В. И. Гипогликемическое состояние у детей // Журнал «Лечащий врач», 2009 .- <http://www.med2.ru>.

2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). – М.: Медицина, 2002. – 751 с.

Руснак І.Т.

кандидат медичних наук;

Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор;

Барбе А.М., Вілігорська К.В.

студенти,

Буковинський державний медичний університет

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Стан здоров'я народу України є надзвичайно актуальною проблемою теоретичної і практичної медицини, оскільки обґрунтований не тільки питаннями об'єктивізації діагностики і лікування, а й зумовлений суспільними явищами, пов'язується з високою кардіологічною смертністю, особливо серед осіб працездатного віку, значним внеском інвалідизації та зменшенням середньої тривалості життя, яка менша у середньому на 10 років порівняно з іншими країнами Євросоюзу та на 15 років – із окремими з них, а середня тривалість здорового життя чоловіків сягає лише 55 років, за тривалістю життя Україна серед інших країн світу посідає 54-те місце для чоловіків та 47-ме для жінок [1, с. 83; 2, слайд 2].

Незважаючи на значні успіхи у виявленні хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в Україні та досягнення в її лікуванні, АГ й досі залишається найбільш поширеним захворюванням із несприятливим прогнозом, що зумовлене закономірним ремоделюванням лівого шлуночка (ЛШ) з розвитком його дисфункції та хронічної серцевої недостатності (СН). Відомо, що розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) створює передумови для порушення функціональних властивостей міокарда. Зменшується коронарний резерв, перфузія субендокардіальних шарів міокарда, порушується енергетичний обмін кардіоміоцитів. У хворих на АГ зміни серцевого м'язу